Leczenie rzeżączki u mężczyzn metodą Janeta.

Wykład wygłoszony na posiedzeniu Towarz. lekarskiego krakowskiego w dniu 17. Czerwca 1896.

przez

Dra Eugeniusza Borzęckiego.

W leczeniu chorób zakaźnych najlepszą metodą leczniczą będzie ta, która albo w samym zarodku potrafi chorobę zniszczyć, albo już rozwiniętą, w jej przebiegu znakomicie skrócić, i to bez szkody dla narządu nią zajętego i niebezpieczeństwa dla chorego. By temu zadaniu podołać, trzeba by miejsce wejścia jadu było lekarzowi znane i widoczne, a przez to samo przystępne do zniszczenia, jako źródło mającej się rozwinąć choroby.

Najwięcej korzystne w tym względzie warunki posiadają choroby weneryczne: kiła i rzeżączka. Czy zmiana pierwotna kiłowa (*Sclerosis initialis*) jest tylko miejscowem wyrazem istniejącego już ogólnego zakażenia, czy też zostaje do pewnego czasu zmianą miejscową z której po tym pewnym czasie przychodzi do zajęcia całego ustroju? — oto pytanie, na które różnie odpowiadają autorowie. Wspomnę tylko, że kol. Zarewicz[1]), na podstawie kilku ściśle spostrzeganych przypadków przeszczepienia się zmiany pierwotnej na osobniku,

[1]) *Przegląd lekarski* 1895 Nr. 5.

już nią dotkniętym, słusznie utrzymuje, że przypadki te dowodzą, że zmiana pierwotna do pewnego czasu jest tylko miejscową, a nie znamionuje ogólnego zakażenia.

Dziś chciałem zwrócić uwagę Panów na rzeżączkę, która nim rozszerzy się czy to po powierzchni, czy w głąb błony śluzowej cewki, przedstawia pierwotnie tylko powierzchowne i ograniczone do pewnego czasu zajęcie tej błony. Myśl zniszczenia rzeżączki w samym jej początku, lub skrócenia jej przebiegu, znalazła już w początku przeszłego stulecia swoich wykonawców, kiedy w tym celu Musitanus (1701) polecał wstrzykiwanie zawiesiny kalomelu, Waazen (1771) rozczynów potasu żrącego. Najwięcej zwolenników znalazła ona we Francyi. Debeney, za nim Riccord, Mauriac, polecali w tym celu wstrzykiwanie rozczynu azotanu srebrowego 1:30. Wyniki niekorzystne, bo tylko na cztery jeden dodatni, przytem bóle bardzo znaczne, jakie choremu leczenie to sprawiało, były powodem, że metody tej zaniechano. Nie lepsze wyniki otrzymano, stósując rozczyny silne środków przeciwgnilnych, jak sublimatu, salicylanu rtęciowego 1:5000, a nawet 1:700. Autorowie tych metod, nie znając podówczas przyczyny rzeżączki, przypuszczali tylko, że jest nią jakiś przyrzut, rozumowali słusznie, że skoro użyją środka tak żrącego, a tem samem przeciwgnilnego, jakim jest n. p. rozczyn azotanu srebrowego 1 : 30, lub sublimatu 1 : 700, uda im się przyrzut ten zniszczyć, a tem samem usunąć chorobę.

I takby było, gdyby błona cewki moczowej była powierzchnią gładką, wolną od gruczołów, a przyrzut rzeżączki *gc.* [1]), ograniczały się do zajęcia tylko powierzchownej warstwy przybłonka. Nowsze badania (Dinkler, Finger, Jadassohn) zmian anatomo - patologicznych błony śluzowej cewki, zachowania się i rozprzestrzenienia w niej *gc.*, dostatecznie wyświetlają przyczynę niekorzystnych wyników powyższych

---

[1]) Dla skrócenia *gc.* oznaczać będzie gonokoki.

metod, jak również tłómaczą trudności, jakie tak często napotykamy w usunięciu rzeżączki.

Niepowodzenia innych nie zraziły Janeta, asystenta prof. Guyona, który w roku 1892. zabrał się do szukania środka i sposobu zastósowania go, jako metody bezwzględnie lub względnie poronnego leczenia rzeżączki. Nawiasowo nadmienić mi wypada, że mówiąc o rzeżączce, mam na myśli jedynie te stany chorobowe cewki, w których w wydzielinie z cewki, lub w jej braku, w nitkach znajdujących się w moczu, wykryć się dają *gc*.

Jak mi sam Janet opowiadał, poszukiwania i próby z różnymi środkami zabrały mu wiele czasu, albowiem gdy jedne, dając wyniki dobre, zanadto drażniły błonę cewki i trzeba było zaprzestać ich stósowania, inne, nie wywołując wprawdzie zbyt silnego odczynu, były równocześnie w działaniu swem obojętnymi. Wreszcie, jako lek najodpowiedniejszy w zamierzonym celu, uznał Janet nadmanganezian potasowy, a jako sposób najwłaściwszy stósowania go, — przepłukiwania cewki moczowej wielkiemi ilościami (litr) w rozczynach 1:4000: 1000.

Autor[1]) odróżnia w rzeżączce:

1⁰ okres wtargnięcia *gc* — *(période de l'invasion gonococcique)*;

2⁰ okres zmian anatomicznych;

3⁰ okres zakażeń wtórorzędnych *(La période des infections secondaires)*.

Metoda podana przez niego uwzględnia jedynie okres pierwszy, a więc ma za zadanie usunięcie *gc*., nie uwzględnia zmian następowych, jak nieżytowych i anatomicznych, wywołanych przez rzeżączkę.

Nim więc w danym przypadku przystąpi się do stósowania metody Janeta, trzeba upewnić się, że w wydzielinie błony śluzowej cewki znajdują się *gc*., w razie przeciwnym, nie ma się czego po niej spodziewać.

---

[1]) Annales des Maladies des Organes génito-urinaires 1892.

Techniczna strona metody Janeta polega na przepłukiwaniu cewki moczowej mniej więcej litrową ilością odpowiedniego rozczynu $KMn\ O_4$, o ciepłocie około 40^0 C.

W tym celu pacyenta kładzie się na sofie lub stole, podobnym do chirurgicznego. Do końca rury kauczukowej irygatora, umieszczonego na wysokości 120—150 cm. nad poziomem cewki, przystósowuje się przyrząd zaopatrzony w oliwkę i kurek, by można dowolnie zamknąć lub otworzyć prąd płynu. Po dokładnem obmyciu ujścia cewki, żołędzi, rowka zażołędziowego i t. d. tym samym płynem, którym ma być przepłukana cewka, przystępuje się do przepłukiwania samej cewki. Pacyentowi polecamy przed przepłukaniem oddać mocz.

Przystępując do przepłukania cewki ujmuje się w lewą rękę prącie tak, że kciuk znajduje się mniej więcej bezpośrednio na tylnej ścianie prącia, na jego cewce, reszta palców na grzbiecie prącia, przez co można dowolnie każdej chwili światło cewki zamknąć, lub otworzyć. Włożywszy koniec oliwki do ujścia cewki, przepłukuje się najprzód sam początek cewki, uciskając w tym celu lewą ręką cewkę moczową w odległości mniej więcej 2 cm. od ujścia. W chwili, kiedy czuje się, że ściany cewki są przez wprowadzony płyn dobrze napięte, przerywa się prąd płynu, cofa nieco oliwkę z ujścia, by płyn wyszedł na zewnątrz, wprowadza znów oliwkę do ujścia cewki i, jak poprzednio, postępuje się dalej. Następnie przepłukuje się dalszą część cewki, uciskając w tym celu, a raczej zamykając światło cewki w kącie prącio-mosznowym, wreszcie tuż poza workiem mosznowym na międzykroczu. Jeżeli rzeżączka zajmuje i część tylną, to przepłukanie rozciągać się winno i na nią. Ciśnienie, jakie wywiera płyn z irygatora ustawionego na wysokości 150 cm. nad poziomem cewki, wystarcza zazwyczaj, by przezwyciężyć opór zdziergacza cewki — i wtedy płyn dostaje się na tylną część cewki. Jeżeli skurcz zdziergacza jest silniejszy (co często wydarza się przy zajęciu zapalnem tylnego odcinka cewki), to polecamy pacyentowi wywołać usiłowanie oddawania moczu,

a wtedy bez trudności płyn przedostaje się ku tyłowi. Po każdem przepłukaniu zakłada się i umocowuje w stósowny sposób watę Brunsa poprzed ujście cewki; polecając to samo robić pacyentowi po każdem oddaniu moczu. Po pierwszem przepłukaniu winien pacyent wdziać bieliznę czystą.

Chodziłoby teraz tylko o oznaczenie odstępów czasu, w jakich przepłukiwania te mają być robione. Pytanie zasadniczego znaczenia, gdyż jeżeli odstęp czasu między jednem i drugiem przepłukaniem jest za długie, *gc.* mają czas do rozwoju (jedno przepłukanie doszczętnie ich bowiem nie usuwa); jeżeli zaś robi się go w zbyt krótkich odstępach, to *gc.* się wprawdzie nie znajdują, ale to wywołuje zbyt silny odczyn na błonie śluzowej cewki. Skrzętne badania mikroskopowe wydzieliny z cewki, po takim przepłukaniu, co do braku lub obecności *gc*, pozwoliły wreszcie Janetowi podać ze ścisłością matematyczną te odstępy czasu, w których mają być przepłukiwania robione, a których stanowczo dowolnie zmieniać nie należy, jeżeli metoda ta ma dać wynik korzystny.

I tak: jeżeli metoda ta ma być zastósowaną w rzeżączce, będącej w samym początku, t. j. trwającej zaledwo 1—2 dni, (leczenie ściśle poronne), lub — rzeżączce ostrej, której okres największego nasilenia minał, to przepłukiwania robić należy [1]):

1. dzień	I.	rano $^1/_{4000}$	II. wieczór $^1/_{4000}$.
2. „	III.	„ $^1/_{3000}$	IV. „ $^1/_{5000}$.
3. „	V.	po południu $^1/_{2000}$.	
4. „	VI.	rano $^1/_{2000}$	VII. wieczór $^1/_{4000}$.
5. „	VIII.	„ *Ua* $^1/_{1000}$ ($2U$ $^1/_{2000}$).	
6. „	IX.	*Ua* $^1/_{1000}$ rano.	
7. „	X.	*Ua* $^1/_{1000}$ rano.	
8. „	XI.	*Ua* $^1/_{500}$ ($2U$ $^1/_{1000}$).	

[1]) Annales de dermatologie et de syphil. 1893. X. Janet. Traitement abortif de la blennorrhagie par le permang. de potasse. Dla skrócenia przez *2U* oznaczać będziemy zajęcie całej cewki, *Ua* części przodowej, *Up* części tylnej.

W rzeżączkach przewlekłych, w którym to razie metody tej nie można nazwać ściśle poronną, ale skracającą przebieg choroby (*Koupierende Behandlung*) przepłukuje autor zawsze *2 U* i to w I. dniu rozczynem $^1/_{4000}$, w 2, 3, 4, 5, 6, 7 $^1/_{2000}$; od 8—12 dla *Up* $^1/_{1000}$, dla *Ua* $^1/_{500}$. Pierwotnie, w publikacyi pierwszej z roku 1892, podał Janet nieco odmiennie wzór tych przepłukiwań, mianowicie dotyczących rzeżączek świeżych. Polecał robić w I. dniu 3 przepłukań, stósowanych co 5 godzin, w II. i następnych sześciu dniach po 2 dziennie, robione więc co 12 godzin. Widocznie wielka niedogodność, jaka wyniknąć musi w pierwszym dniu i dla chorego i dla leczącego, bo przepłukanie trzecie wypadnie zawsze w nocy, wpłynęły na zaniechanie jej, a zalecenie drugiej modyfikacyi.

Co do rzeżączek, które nadają się do zastósowania tej metody, to Janet w pierwszej swej publikacyi z roku 1892. wyklucza jako nieodpowiedne: rzeżączki u szczytu ostrego rozwoju, dalej rzeżączki z powikłaniami przez nie wywołanemi ze strony narządu gruczołowego cewki moczowej (Littrego, Cowpera, krokowego), które poprzednio należy usunąć, podobnie z zapaleniami sznurków nasiennych i przyjądrzy.

Według Janeta, a za nim większości autorów, którzy się jego metodą posługiwali, w 80—90% rzeżączek według niej leczonych, osięga się wynik dodatni już w ciągu 8 dni, to jest, że rzeżączka ustępuje.

By zrozumieć, czemu właściwie należy przypisać tak świetne wyniki, przypatrzmy się przebiegowi klinicznemu i zachowaniu się wydzieliny z cewki moczowej, jakie zachodzą w ciągu stósowania tego leczenia. Jeżeli weźmiemy przypadek rzeżączki będącej w początku rozwoju, w którym wypadku według pierwotnych wskazówek Janeta zrobiliśmy w dniu pierwszym 3 przepłukań, w drugim i następnych po 2, to przebieg kliniczny przedstawi się jak następuje: po I. przepłukaniu wydzielina, badana po 5 godzinach, przedstawia się jako ciecz surowicza, wodnista, pod mikroskopem nieliczne ciałka ropne, komórki przybłonka, brak zupełny *gc*.

Przepłukanie to nie sprawiło pacyentowi żadnej przykrości, ujście cewki blade, nie obrzękłe. Po przepłukaniu II. (zrobionem w odstępie znowu 5 godzin) badanie przedsięwzięte po 5 godzinach, (a więc 10 od I. przepłukania) wykazuje: wydzielina podobnie surowicza, czasem lekko różowa od małej domieszki krwi, obraz mikroskopowy jak poprzednio, *gc.* brak, ujście cewki obrzękłe, oddawanie moczu nieco bolesne. Po III. przepłukaniu (znów w odstępie 5 godzin) zachowanie się wydzieliny z cewki makro- i mikroskopowe, jak poprzednio, ujście cewki jeszcze silniej obrzękłe, czasem obrzęk rozciąga się i na napletek, oddawanie moczu bolesne, prąd moczu słaby i wąski.

Jeżeli badamy dalszy przebieg po 12 godzinach, kiedy wypada robić IV. z rzędu przepłukanie, to znajdujemy, że obrzęk ujścia cewki jest znacznie mniejszy, oddawanie moczu mniej bolesne, wydzielina z cewki skąpa, surowicza, przedstawia pod mikroskopem ten sam obraz, jak poprzednio. Przepłukanie to (IV. z rzędu) bywa mało bolesne. Odtąd robią się dalsze przepłukiwania co 12 godzin, i badając w tych odstępach czasu zachowanie się cewki i wydzieliny, stwierdzamy, że ujście cewki powraca zwolna do stanu prawidłowego a wydzielina surowicza staje się coraz skąpszą; gonokoków w niej od chwili, jak znikły z widowni po I. przepłukaniu, więcej nie wykrywamy. Przepłukiwania same, jak równie oddawanie moczu, są tylko miernie przykre dla pacyenta.

Wyżej opisany przebieg kliniczny, występujący w ciągu leczenia, o jakim mowa, ma posłużyć do zrozumienia działania leczniczego metody Janeta.

Działanie każdego przepłukania będzie mechaniczne, termiczne i chemiczne. Mechanicznem jest ono o tyle, o ile płyn do przepłukania użyty, stykając się dokładnie z każdym zaułkiem i fałdem błony śluzowej, tem samem usuwa ropę i wydzielinę wraz z *gc.*, zalegające na powierzchni błony śluzowej cewki. Wpływ termiczny najmniej może wchodzi w rachubę. Wprawdzie Finger wykazał, że ciepłota ponad 40^0 C., zabija *gc.*; jeżeli jednak uwzględni się, że trudno

jest przez cały ciąg płukania utrzymać jednostajną ciepłotę płynu, a powtóre, że dosięga ona jedynie koki na powierzchni się znajdujące, to działaniu termicznemu nie można przypisać żadnej wybitniejszej roli. Pozostaje działanie chemiczne, przeciwgnilne. Badania dotyczące zachowania się *gc.* w hodowlach, w obec różnych środków antyseptycznych, przeprowadzone przez Fingera, Reissa wykazały, że nie są one zbyt odporne, i tak n. p.: rozczyn azotanu srebrowego 1 : 100, sublimatu 1 : 500 powstrzymuje zupełnie ich rozwój. Co do działania w tym kierunku KMn O_4 to Steinschneider i Schöffer spostrzegali, że nawet rozczyn $^1/_{1000}$ nie wywiera wybitnie ujemnego działania na rozwój *gc.* Nie należy jednak odmówić rozczynom nawet słabszym nadmanganezianu potasowego działania zabójczego na rozwój *gc.*, skoro już jedno przepłukanie rozczynem 1 : 400 potrafi je na pewien przeciąg czasu usunąć z wydzieliny cewki. Janet też nie tłómaczy wpływu korzystnego swego leczenia działaniem antyseptycznem użytych rozczynów KMn O_4, ale zapaleniem surowiczem, odczynem surowiczym (jeżeli tak wyrazić się można) jakie przepłukiwania te, robione w krótkich od sobie odstępach czasu, wywołują. To przesiąknięcie tkanek cieczą surowiczą ma stwarzać niekorzystne warunki dla życia i rozwoju *gc.* Janet wyrażając się, że „*le mode d'action du permanganate de potasse sur la muqueuse uréthrale est en effet tout spécial*“ zdaje się mieć zupełną słuszność. Jeżeli bowiem zrobimy w tym okresie rzeżączki, kiedy z ujścia cewki wydobywa się skąpa, ale ropna, dużo ciałek ropnych zawierająca wydzielina, przepłukanie innym środkiem n. p. rozczynem kwasu karbolowego, sublimatu i t. d., to badając w kilka godzin później, znajdziemy ilość wydzieliny ropnej zwiększoną. Inaczej ma się rzecz przy zastósowaniu KMn O_4, tu wydzielina ropna, jeżeli taką była, ustępuje miejsca surowiczej, a pod mikroskopem widzimy tylko nieliczne ciałka ropne. Że odczyn ten nie ogranicza się tylko do powierzchni błony śluzowej, ale zajmuje całą jej grubość, a nawet tkankę podśluzową, przemawia za tem obrzęk około ujścia cewki,

często zajmujący i napletek. Działanie więc przepłukiwań nie tylko wywiera wpływ szkodliwy na te *gc.*, które są na powierzchni, między przybłonkiem walcowatym, wyścielającym ścianę cewki, ale co najważniejsze, i na te, które dostały się znacznie głębiej wzdłuż gruczołów Litrego i zagłębień Morgagniego. Jak długo trwa ten odczyn surowiczy (10—12 godzin), tak długo nie napotykamy w tej wydzielinie surowicy *gc.*; skoro przeminie, pozostałe gonokoki zaczynają zwolna rozwijać się, a z nimi i sprawa chorobowa. Stąd częste przepłukanie, robione co 12 godzin, by przez dłuższy przeciąg czasu stworzyć tę niekorzystną glebę dla życia *gc.*

Co do wartości leczniczej tej metody, to autor jej podaje 90% wyleczeń; działania ujemnego, powikłań ze strony cewki, wywołanych tem leczeniem, nie spostrzegał żadnych.

Będąc w r. 1892 w Paryżu, miałem sposobność śledzić przebieg i wyniki leczenia, prowadzonego przez samego Janeta, jak niemniej zaznajomić się z techniczną stroną jego metody.

Pierwsze moje próby, dzięki uprzejmości prof. Neumanna w Wiedniu, przeprowadziłem na pacyentach w jego klinice; te zachęciły mnie do dalszego stósowania powyższej metody w mojej praktyce prywatnej; a oto wyniki, jakie otrzymałem.

Stósowałem metodę Janeta w 41 przypadkach rzeżączki u 39 pacyentów, bo u jednego 2 razy, w dwu odrębnych rzeżączkach. W każdym poszczególnym przypadku, przed rozpoczęciem leczenia, upewniłem się o obecności *gc.* W liczbie tej było: 9 rzeżączek w samym początku swego rozwoju (24—48 godzin), 6 z zajęciem tylnej części cewki, 26 — z czasem trwania od 1-go miesiąca, do jednego roku, z zajęciem części przodowej. Wynik dodatni otrzymałem w 28 przypadkach, co odpowiada 70%, ujemny w 13 = 30%..... Jako powikłanie (czy wywołane przez leczenie?) wystąpiło raz zapalenie przyjądrza; natomiast ropnia w ścianach cewki, krwotoku z cewki — nie spostrzegałem.

Czas trwania przepłukiwań we wszystkich przypadkach z wynikiem dodatnim, nie wynosił nigdy nad 9 dni, a liczba przepłukań nad 12. — W stósowaniu przepłukiwań trzymałem się w rzeżączkach poczynających się (leczenie ściśle poronne) wskazówek autora, tj. robiłem w I. dniu 3 przepłukiwania w II., III., IV. po dwa, w ostatnich 2—3 dniach po jednem przepłukaniu dziennie; w późniejszej modyfikacyi Janet podobnie w ostatnich trzech dniach robi po jednem przepłukaniu.

Wszystkie 9 rzeżączek, tak leczonych, udało mi się usunąć w ciągu 7—8 dni.

W rzeżączkach trwających czas dłuższy, a więc podostrych i przewlekłych, robiłem zazwyczaj po 2 przepłukania w 3 pierwszych dniach, w następnych 5-ciu po jednemu.

Częstość więc stósowania zbacza od tego porządku, jakie nakreślił Janet, t. j. by w tych rzeżączkach robić jedno przepłukanie dziennie.

Na zmianę tę naprowadziło mnie spostrzeżenie, jakie zrobiłem w pierwszych leczonych metodą Janeta rzeżączkach. Przekonałem się bowiem zgodnie z rozumowaniem Janeta, że ile razy udało mi się przez przepłukiwania wywołać dosyć silny odczyn na błonie śluzowej cewki, objawiający się obrzękiem jej ujścia i surowiczą wydzieliną z niego, tyle razy, prawie bez wyjątku, wynik był dodatni.

W 9 przypadkach, w których w I. dniu zrobiłem po 3, w II. i t. d. po 2 przepłukania, we wszystkich wynik leczenia był dodatni. — Że zaś przepłukiwania robione co 24 godzin odczynu tego nie wywołują, a przynajmniej tak nieznaczny i krótkotrwały, że nim przystąpi się do następnego przepłukania, to odczyn z poprzedniego już dawno minął, a *gc.* w wydzielinie, zazwyczaj surowiczo-śluzowej, się znajdują, dlatego uznałem za wskazane, właśnie celem wywołania odczynu, robić w pierwszych 2—3 dniach po 2 przepłukania na dzień. Nim przystąpiłem do przepłukania każdorazowo badałem dokładnie wydzielinę, otrzymaną bądź

z ujścia cewki, bądź też z moczu, jako nitki, a to w celu stwierdzenia obecności *gc.* W przypadkach z wynikiem dodatnim stale uważałem szczegół, że po I. przepłukaniu *gc.* znikały bezpowrotnie, nigdy więcej w ciągu dalszego stósowania przepłukiwań z nimi się w wydzielinie cewki nie spotkałem. Przeciwnie, jeżeli np. po 2 zrobionych przepłukiwaniach w dniu I., badając nazajutrz przed III. przepłukaniem, znajdowałem choćby tylko w grupach po kilka *gc.*, to zazwyczaj dalsze przepłukiwania usunąć ich nie zdołały, a wynik bywał niekorzystny. Zdaje się, że w tych przypadkach, nieprzystępne dla działania przepłukiwań umiejscowienie się *gc.* w narządzie gruczołowym, było tego przyczyną.

W pierwszych, leczonych przezemnie metodą Janetowską przypadkach, nie zraziłem się tem, że po 2 lub 4 przepłukaniach znalazłem odosobnione, nieliczne dyplokoki, — i te wypadki obciążyły niekorzystnie $^0/_0$ wyleczeń, w porównaniu z tym, jaki otrzymali inni autorowie, których wyniki poniżej podam.

Jako wyleczone podaję te przypadki, w których od chwili ostatniego przepłukania w ciągu dłuższego czasu (dni 14 do 1 go miesiąca) pacyent, prowadząc życie zwykłe, nie wystrzegając się ani spółkowania, ani używania nawet w nadmiarze napojów wyskokowych, sam nie zauważył żadnego wypływu z cewki, który mógłby budzić podejrzenie istnienia rzeżączki, a badanie mikroskopowe, robione w miarę sposobności, upewniło mnie o braku *gc.*

Najlepszy wynik otrzymałem, jak wyżej wspomniałem, stósując metodę Janeta, jako ściśle poronne leczenie, a więc w rzeżączkach, które były w początku swego rozwoju, w okresie wydzieliny z cewki śluzowej lub śluzowo-ropnej. Mały jednak tylko odsetek pacyentów zgłasza się wtedy o poradę, rozumując zazwyczaj, ze skąpa wydzielina śluzowa pochodzi z „przedrażnienia“; że zaś przy infekcyi świeżej okresy wydzieliny śluzowej, śluzowo-ropnej, ropnej następują bardzo szybko po sobie, bo w ciągu kilkudziesięciu godzin, stąd dzieje się, że najczęściej pacyent przycho-

dzi wtedy, kiedy z powodu znacznego nasilenia sprawy chorobowej, na zastósowanie metody Janeta trudno się zgodzić.

Rozumie się, że jeżeli pacyent, który poddał się temu leczeniu jedynie z powodu świeżego zakażenia, a poprzednio w skutek przebytych kilku lub jednej długotrwałej rzeżączki, cierpiał na nieżyt przewlekły, którego wyrazem były nitki i strzępki z wydzieliny błony śluzowej — cewki, w moczu się znajdujące, to stan ten, nawet po usunięciu świeżej sprawy chorobowej, utrzymywał się dalej i wymagał innych zabiegów leczniczych. Metoda bowiem Janeta ma na celu tylko usunięcie i zniszczenie *gc.* w błonie śluzowej cewki się znajdujących, nie wywiera zaś żadnego działania na sprawy następcze porzeżączkowe, których bezpośrednią przyczyną nie są już *gc.*, ale zmiany histologiczno-anatomiczne i sprawy nieżytowe błony śluzowej.

Nadmienić wypada, że jak długo stósujemy przepłukiwania, to mimo ujemnego wyniku badania mikroskopowego co do obecności *gc.*, nie należy nigdy z całą stanowczością po ostatniem przepłukaniu zaręczać pacyentowi, że rzeżączka jego jest bezwzględnie usuniętą. Stać się bowiem może, że jak długo robimy przepłukiwania, badamy wydzielinę cewki, nie znajdujemy ani razu *gc.*, naraz, niespodziewanie, w 48—72 godzin po ostatniem przepłukaniu, zaczyna się pokazywać z cewki wydzielina skąpa, śluzowa, śluzowo ropna — w niej liczne *gc*, — i rzeżączka jest tam, gdzie była przed stósowaniem metody Janeta. Są to wypadki rzadkie, ale w każdym razie nakazują ostrożność i wymagają pewnego czasu ścisłej obserwacyi po ukończonem leczeniu, nim lekarz upewni się, a pacyent przekona, że jest zdrów.

Jeżeli leczenie w danym przypadku nie dało wyniku dodatniego, to zazwyczaj, w 48 godzin od ostatniego przepłukania, zaczyna pokazywać się wydzielina śluzowa, która w krótkim czasie zamienia się na śluzowo-ropną, jednem słowem taką, jaką była przed rozpoczęciem leczenia; naturalnie zawiera liczne *gc.*

Wyniki świetne, jakie ogłosił Janet, bo 90% wyleczeń, były zachętą dla całego szeregu autorów do stósowania jego metody.

Pierwszy, o ile mogłem to stwierdzić, który ogłosił swoje wyniki, otrzymane metodą Janeta, był Fürst. Leczył on 33 przypadki, a z tych 15 — z wynikiem dodatnim i to, nie w pojęciu leczenia poronnego, bo czas przepłukiwań był dłuższy, jak 8—10 dni; w pozostałych 18-tu wynik był następujący: 4 razy wystąpił rozległy naciek w ciele jamistem cewki, dwa razy ropnie okołocewkowe, raz nawet ostre zapalenie gruczołu krokowego, kilka razy ostry nieżyt pęcherza. Byłby to odstraszający przykład dla drugich, gdyby nie to, że autor nic nie wspomina, jak te przepłukiwania robił, dodaje tylko, że je robił albo sam, albo wyćwiczony posługacz. Wyniki jego mogły były znacznie zdyskredytować powagę Janeta i wartość jego metody.

Przypatrzmy się jednak, jakie wyniki otrzymali inni.

Audry [1]) leczył 200 rzeżączek; z tych 85% zostało usuniętych leczeniem, nie przenoszącem dni dziesięciu, 10% wymagało dłuższego czasu, a tylko 5% nie udało się usunąć. O jakichkolwiek powikłaniach, wywołanych przez samo leczenie, autor ten nie wspomina. W jakim okresie nasilenia były rzeżączki przez Audrego leczeniu Janetowskiemu poddane, nie umiem podać, gdyż w wzmiankowanem źródle [2]) — znalazłem tylko sprawozdanie, pracy oryginalnej nie udało mi się przeczytać.

Mibelli [3]) nie podaje liczby leczonych, uznaje jednak metodę Janeta, jako prawie niezawodną, nie pociągającą dla chorego żadnych przykrych następstw.

Ekelund [4]) leczył 125 chorych na rzeżączkę; w liczbie tych 56 bez powikłań, 64 z przebytem zapaleniem przyjądrza, 15 z innemi powikłaniami. Wyleczeń w ciągu dni

---

[1]) Deutsche medic. Wochenschrift 1894. 6. VIII.
[2]) Monatshefte für pract. Derm. Bd. XVIII. Nr 11.
[3]) Monatshefte für pract. Dermat. Bd. XIX. Nr. 6.
[4]) Archiv für Derm. u. Syph. Bd. XXX. Heft 3.

8—10 otrzymał 100=90%, nie wyleczonych zostało 15=10%; powikłań w ciągu i z powodu leczenia wywołanych, nie spostrzegał żadnych. Jako nie nadające się do tej metody wymienia rzeżączki w ostrym okresie rozwoju będące.

Köhler[1]) jest gorącym zwolennikiem metody Janeta. Na 60 rzeżączek części przedniej, robiąc po 6—10 przepłukań, miał 7 razy wynik ujemny i to z winy pacyentów, którzy leczenie to przerwali; zaś na 73 rzeżączek z zajęciem tylnej tylko części, — 5 z wynikiem ujemnym.

Wossidlo[2]) stósował metodę Janeta w 21 przypadkach; w liczbie tej w 10 był wynik dodatni, w jedynastu ujemny. Z powikłań w ciągu leczenia wystąpił raz ostry nieżyt pęcherza, raz zapalenie naczyń limfatycznych, raz ropień okołocewkowy, wreszcie zapalenie przyjądrza. Mimo złych bardzo usług, jakie mu leczenie to oddało, wyznaje Wossidlo, że metoda Janeta zrobiła na nim korzystne wrażenie, i że stósowana w odpowiednich przypadkach, ma swoją wartość. Szkoda, że autor wypowiadając uwagę „byle stósowana w odpowiednich przypadkach“ sam przed przyjściem do tego przekonania, które wygłosił najprzód Janet, za nim Ekelund, wybierał do leczenia przypadki najmniej odpowiednie. Z historyi poddanych temu leczeniu rzeżączek okazuje się bowiem, że większość ich była u szczytu swego rozwoju, w drugim i trzecim tygodniu, z zajęciem tylnej części cewki, a zatem stanowiących, skutkiem swego nasilenia, najważniejsze przeciwwskazanie do zastósowania metody Janeta.

Goldberg[3]) na 50 rzeżączek, będących w różnym okresie, z wyjątkiem ostrego, otrzymał 48 wyleczeń, co odpowiada 96% (leczenie nie przekraczało w żadnym przypadku dni dziesięciu).

---

[1]) Wiener medizinische Presse. Nr. 53. 1894.
[2]) Centralblatt für die Krankheiten der Harn und Sexualorgane 1896, Bd. 7. Heft 2.
[3]) l. c. Bd. VII. Heft 3, 4.

Möller[1]) na 100 leczonych przypadków miał 64 z wynikiem dodatnim, 36 z ujemnym, co odpowiada 70% wyleczeń.

Ze zestawienia powyższych wyników okazuje się, że największy procent wyleczeń otrzymał Goldberg (96%), najmniejszy Fürst i Wossidlo; moje wyniki równe są tym, jakie otrzymał Möller, t. j. zajmują miejsce pośrednie, 70% wyleczeń.

Nieszczególne wyniki, co do wyleczenia, a co gorsza, tak liczne powikłania w ciągu leczenia i przez nie wywołane, jakie podają Fürst i Wossidlo, zdaje mi się nie mogą w niczem obniżyć wartości leczniczej metody Janeta. Uderza w ich zestawieniu ten szczegół, że jeden i drugi otrzymali bardzo mały odsetek wyleczeń, a bardzo duży powikłań, o których reszta autorów prawie nie wspomina. Historye rzeżączek, przytoczone przez Wossidlo, tłómaczą powód tego; wybierał przypadki niestósowne; Fürst zaś prawdopodobnie tak samo postępował, z tem jeszcze dodatkiem, że strona techniczna, sposób, w jaki robił przepłukiwania, sam albo w jego zastępstwie „wyćwiczony posługacz", nie odpowiadała tej ścisłości, jakiej domaga się twórca metody.

By metoda Janeta dała dobre wyniki, trzymać się trzeba i powinno ściśle wskazówek przez autora podanych, co do częstości przepłukiwań, siły rozczynów, wyboru odpowiednich przypadków; dowolne odmiany, jak n. p. robienie przepłukiwania co dwa dni, nie mogą być nazwane metodą Janeta. Strona techniczna, napozór łatwa, wymaga dosyć trudów, nim się ją dobrze przyswoi.

Jedyną ujemną jej stronę stanowi to, że jest uciążliwą i dla pacyenta i dla lekarza, zwłaszcza w tych dniach, kiedy wypadnie robić po dwa przepłukania i to w ściśle oznaczonych godzinach.

W szeregu polecanych i używanych metod leczenia rzeżączki, bądź co bądź, metodzie Janeta należy przyznać

---

[1]) Archiv für Dermatol. und Syphilis. Bd. XXXV. Helft 1.

wybitne miejsce i uważać ją, jako cenny nabytek leczniczy przeciw chorobie czasem tak trudnej do usunięcia, jaką jest rzeżączka.

Wnioski, do jakich przyszedłem na podstawie spostrzeżeń własnych, są następujące:

1) Metoda Janeta stale usuwa w 70% przypadków gonokoki z błony śluzowej cewki moczowej, a tem samem rzeżączkę w ścisłem znaczeniu, jako chorobę zakaźną.

2) Nie wywiera ona żadnego wpływu, ani ujemnego, ani dodatniego na te zmiany patologiczne cewki, których przyczyną nie są *gc.*

3) Stósowana ściśle według wskazówek autora, nie sprowadza żadnych powikłań.

4) Przeciwwskazanie stanowią: rzeżączki w ostrym okresie, jak również powikłania, czy to ze strony narządu gruczołowego cewki, czy sznurów nasiennych i przyjądrzy, jak długo są w okresie ostrej sprawy zapalnej.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1896. Nr. 33, 34.

Kraków, 1896. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.